

LES MÉTRORRAGIES D'ORIGINE ANNEXIELLE

SÉMÉIOLOGIE
PROBLÈME DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RENÉ JENNESSEaux

Né le 18 Juin 1891, à Toul (Meurthe-et-Moselle)



SAINT-ETIENNE

Société Anonyme de l'Imprimerie et du Journal "La Tribune Républicaine"

10, Place Jean-Jaurès, 10

—
1921



LES MÉTRORRAGIES D'ORIGINE ANNEXIELLE

SÉMÉIOLOGIE

PROBLÈME DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RENÉ JENNESSEAU

Né le 18 Juin 1891, à Toul (Meurthe-et-Moselle)



SAINT-ETIENNE

Société Anonyme de l'Imprimerie et du Journal "La Tribune Républicaine"
10, Place Jean-Jaurès, 10

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

DOYEN HONORAIRE	MM. HUGOUNENQ.
DOYEN	J. LEPINE.
ASSESSEUR	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	{	BARD.
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BERARD.
Clinique neurologique et psychiatrique		X.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		LEPINE (J.).
Clinique des maladies des voies urinaires		WEILL.
Clinique chirurgicale des maladies des enfants		POLLOSSON (A.).
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		LANNOIS.
Chimie biologique		ROCHET.
Chimie organique et Toxicologie		NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		LATARJET.
Pathologie et Thérapeutique générales		POLICARD.
Anatomie pathologique		DOYON.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		MOURIQUAND.
Médecine légale		PAVLOT.
Hygiène		VILLARD.
Thérapeutique		ARLOING (F.).
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN.
		COURMONT (P.).
		PIC.
		FLORENCE (A.).

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de	Pathologie externe	VALLAS.
—	Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
—	Chimie minérale	BARRAL.
—	Accouchements	COMMANDEUR
—	Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL.
Botanique	BRETIN.
Embryologie	HOVELACQUE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	GARIN.	DUROUX.	CORDIER.
BRETIN.	SAVY.	HOVELACQUE.	ROUBIER.
LERICHE.	FROMENT.	TRILLAT.	FAVRE.
THEVENOT (Léon).	THEVENOT (Lucien).	SARVONAT.	MURARD.
TAVERNIER.	PIERY.	FLORENCE (G.).	BONNET.
CADE.	COTTE.	ROCHAIX.	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président. — BERARD, assesseur.
MM. PATEL et COTTE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON FRÈRE PAUL

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

(In memoriam)

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546427_0079

A MON PRESIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Nous le prions d'agréer toute notre respectueuse
reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous
fait de présider notre thèse.

AUX MEMBRES DE MON JURY



A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

DE LYON

MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

(In memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR VILLARD.

— DESGOUTTES.

— MOLIN.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

DE SAINT-ÉTIENNE

MONSIEUR LE DOCTEUR DESCOS, MÉDECIN DES HOPITAUX.

— NORDMAN.

— GONNET.

— MULLER, CHIRURGIEN DES HOPITAUX.

En saluant avec respect, au début de cette thèse, les maîtres vénérés que nous allons quitter désormais, nous avons conscience d'accomplir un strict devoir de reconnaissance envers tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à notre éducation chirurgicale et médicale.

Notre gratitude va tout d'abord à notre maître actuel, M. le Dr Muller, chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne. Pendant deux semestres trop courts, à notre gré, nous avons largement bénéficié de sa grande valeur chirurgicale et de son esprit clinique averti. Grâce à sa bienveillance à notre égard, nous avons pu, dans son service hospitalier de Bellevue, exercer notre grand désir d'action et nous avons toujours trouvé en lui le maître bienveillant et le brillant chirurgien aux conseils si précieux. En le remerciant, aujourd'hui, de tout notre cœur, nous le prions d'agréer notre respectueux souvenir et tous nos regrets de nous séparer si vite de lui.

Nous remercions aussi M. le Dr Descos, médecin des Hôpitaux. Nous n'oublions pas que c'est auprès de lui que nous nous sommes initié aux grands mystères de la clinique médicale, grâce à la clarté de son enseignement et à sa grande bienveillance pour nous.

Nous devons à M. le Dr Desgouttes, chirurgien des hôpitaux de Lyon, une reconnaissance particulière pour la sympathie qu'il nous a toujours témoignée pendant

notre séjour dans son service de l'Antiquaille et aux armées. Enfin, nous unissons dans une même gratitude tous nos maîtres des Hôpitaux de Lyon dont l'enseignement clinique restera gravé dans notre mémoire.

Nous n'oublions pas que c'est à leurs sages conseils que nous devons l'honneur d'être appelé à exercer demain notre profession médicale.

Nous envoyons, en terminant, une affectueuse pensée à ces amis très chers qui ont bien voulu partager avec nous quelques heures de bonne et franche camaraderie. Leur bonne humeur, leur cordiale sympathie ont contribué pour beaucoup à faire de ces années d'internat les plus belles de notre vie, celles dont nous ne nous séparerons pas aujourd'hui sans un profond serrement de cœur.

La Pathologie si complexe de l'appareil génital de la femme est dominée par un symptôme dont la valeur est primordiale lorsqu'il existe. Nous voulons parler des hémorragies.

Ces pertes rouges peuvent être quelquefois une simple exagération en abondance et en durée du flux menstruel : Ce sont des ménorragies.

Elles peuvent au contraire apparaître plus ou moins fréquemment, plus ou moins régulièrement, en dehors des époques cataméniales, ce sont des métrorragies.

Toutes deux, différentes par leurs manifestations, ont une importance au point de vue diagnostic positif et différentiel de la lésion génitale.

D'une façon tout à fait générale, lorsqu'une malade présente des pertes rouges ayant apparû depuis quelques mois déjà, la pensée est en général dirigée vers les affections utérines. Par le palper et le toucher combinés, lorsque faire se peut, on recherche systématiquement les mauvaises positions du corps utérin (anti et rétroflexion-déviation), les malformations, les lésions dégénératives (fibromateuses ou cancéreuses) et si aucun symptôme n'est apparû de ce côté on pense à une métrite hémorragique ou post abortum.

Il arrive que l'exploration minutieuse de l'utérus est complètement négative et ne révèle aucune lésion capable d'expliquer la présence de pertes rouges abondantes. « Les hémostatiques utérins, les irrigations chaudes, les

attouchements intra-utérins, le tamponnement sont mis en œuvre sans aucun résultat, le curettage même reste impuissant. La curette ne gratte qu'une muqueuse utérine non hypertrophiée et ne ramène que des débris insignifiants. Plusieurs malades ont subi un ou plusieurs curettages et chez toutes il a échoué ou n'a donné qu'une accalmie de quelques semaines, peut-être même par simple modification de l'innervation vaso-motrice. C'est précisément cette résistance au traitement et cette persistance des hémorragies qui fait penser qu'il y a autre chose que la lésion utérine. La malade ne restera que deux ou trois semaines sans perdre et à partir de cette date tout est remis en cours comme auparavant. (Bouilly).

Devant cet échec complet de l'examen et du traitement il faut toujours penser à des lésions de l'étage supérieur, c'est-à-dire à des lésions annexielles. Ce sont de ces états annexiels pathologiques dont nous allons nous occuper uniquement dans ce travail où nous n'avons parlé des lésions utérines au début que pour mémoire. Les observations publiées dans cette thèse sont dues en partie à l'obligeance de M. le D^r Muller, en partie à la thèse de Delespine.

Nous étudierons tout d'abord les lésions annexielles d'ordre inflammatoire : salpingo-ovarite, pyosalpinx, périméthro salpingite, puis les lésions non inflammatoires : kystes bénins, tumeurs bénignes ou malignes de l'ovaire.

Nous ne parlerons de l'hématocèle périutérine que pour mémoire et parce que cette affection assez répandue doit toujours être présente à l'esprit du chirurgien qui examine une jeune malade atteinte de métrorragies.

LÉSIONS INFLAMMATOIRES

SALPINGO-OVARITES

Nous avons réuni dans une même étude les affections tubaires et ovariennes parce qu'elles co-existent en général, leur symptomatologie est confondue et il est à peu près impossible de la séparer.

On désigne sous le nom de salpingo-ovarites les affections provoquées par la pénétration et le développement dans les trompes et les ovaires des microorganismes de la suppuration. On les rencontre à peu près tous (strep-tocoque, staphylocoque, pneumocoque, bacterium coli, gonocoque).

Quelle que soit l'origine microbienne de ces affections, leur symptomatologie est assez définie.

Le début est le plus souvent brusque ; les malades se plaignent de l'apparition soudaine d'une douleur aiguë abdominale avec état nauséux et quelquefois vomissement ; tantôt au contraire il s'agit d'une localisation annexielle progressive consécutive à une métrite ancienne et ne s'accompagnant pas de début aussi dramatique. La pression abdominale est douloureuse dans les flancs ; il y a des irradiations au périnée, aux cuisses. La miction et la défécation sont très pénibles. Enfin, il y a de la

température en rapport avec le degré de gravité et l'étendue de la lésion en évolution.

Tous ces symptômes attirent toujours l'attention de la malade et du médecin ; il en est d'autres moins nets, plus discrets qu'il faut savoir toujours dépister, ce sont les troubles dans la menstruation, les ménorragies et les métrorragies. On peut observer toutes les formes, toutes les modalités possibles, et elles devront toujours retenir l'attention. Les règles peuvent être douloureuses, difficiles parfois même supprimées, elles peuvent être au contraire prolongées, douloureuses, abondantes ; il peut enfin apparaître entre les périodes menstruelles des écoulements de sang plus ou moins violents.

En dehors de ces modalités précitées, on peut n'observer que des ménorragies frustes ou des métrorragies, Ce sont ces pertes rouges qui, répétées depuis des mois et souvent des années, obligent la malade à s'aliter et à demander au chirurgien de les délivrer de leurs souffrances ; trop heureux quand l'abondance des écoulements sanguins n'a pas provoqué chez la malade un état pathologique grave dû à une anémie progressive et à une perte de forces qui ne peut être réparée que par une longue convalescence. Les traitements médicaux restent le plus souvent sans effet, condamnent la femme au repos prolongé, et seule une intervention bien menée peut donner une sédation complète des phénomènes douloureux et un arrêt immédiat des pertes de sang.

On a signalé depuis longtemps ces troubles de la menstruation, soit sous forme d'aménorrhée, ce qui est très rare, soit sous forme d'exagération menstruelle dont nous avons parlé plus haut. Leguen signalait une per-

turbation dans 30 % des affections annexielles inflammatoires.

Second est beaucoup plus affirmatif et déclare que « la menstruation est toujours troublée ».

En présence de troubles menstruels, il faudra commencer par éliminer tout de suite les lésions possibles de l'endometrium. On évitera de vouer une malade à subir un ou plusieurs curettages sans aucune amélioration notable. Il est plausible d'admettre que les affections de l'endometrium coexistent avec les lésions annexielles, mais il faut toujours savoir faire la part de chacune d'elles. Devant ces deux lésions concomitantes, il faudra en général faire céder le pas aux lésions d'endométrite au profit des lésions annexielles et instituer un traitement d'attente ou une cure radicale de celles-ci.

Tantôt la maladie revêt dès le début le type métrorragique, les règles qui n'avaient rien d'anormal jusqu'alors s'installent comme de coutume, mais, au moindre effort de la malade, à la plus petite fatigue, on voit apparaître des pertes rouges d'intensité variable, capables d'affaiblir la femme et d'altérer son état général. C'est le cas des malades jeunes.

Tantôt, au contraire, on voit s'installer d'emblée le type ménorragique. Les règles sont douloureuses, irrégulières, leur durée se prolonge, la quantité de sang perdu est abondante ; les caillots sont nombreux, puis les règles se rapprochent et finissent par être persistantes et presque incessantes.

On remarquera que chacune de ces deux variétés peut apparaître, mais ne se succède jamais chez la même femme.

En présence d'une salpingo-ovarite, il faudra rechercher en même temps que les lésions de l'endometrium ; les lésions viscérales concomitantes ; en particulier les lésions toujours possibles d'appendicite, éliminer la névralgie lombo-abdominale et la présence d'un petit fibrome utérin ; on se souviendra de ce que disait Segond : « les troubles de la menstruation consistant plutôt en ménorragies qu'en métrorragies, il y aura de fortes présomptions en faveur d'une salpingo-ovarite.

Dans la grossesse extra-utérine, il y aura en dehors des pertes une symptomatologie bien particulière, des anamnestiques qui trancheront le diagnostic.

En cas de doute, Faure et Siredey préconisent l'anesthésie comme précieuse ressource pour affirmer le diagnostic ; la contraction musculaire n'existe plus, l'exploration peut être plus minutieuse et les causes d'erreur dues à la malade sont définitivement supprimées. On n'oubliera jamais que même en présence de symptômes nets, on est appelé à faire des erreurs, mais on se rappellera toujours que ce que l'on peut demander à la clinique, ce n'est pas une précision impossible dans la détermination des lésions complexes, mais une indication thérapeutique nette « L'examen clinique doit avant tout dicter la décision opératoire, l'opération fait le reste. »

SALPINGITE UNILATERALE

M^{me} veuve T..., entre pour métrorragies le 20 octobre 1919. Réglée normalement sans retard, apparition le 19 septembre avec une durée de cinq jours.

Le 30 septembre, sans cause appréciable, se remet à perdre en rouge pendant cinq ou six jours d'une façon très abondante avec présence de caillots. Après un arrêt de quelques jours, nouvelles pertes le 13 octobre pendant cinq à six jours.

Antécédents. — Il y a un an, aurait perdu cinq à six semaines, souffert du ventre, avec exagération des pertes blanches qu'elle avait déjà depuis plusieurs années, se serait toujours assez bien porté jusque-là ; pas de bronchite, de pleurésie dans l'enfance.

Mariée, séparée de son mari depuis 14 ans (son mari serait mort de bronchite bacillaire ; sa fille a une adénite sous-maxillaire, probablement bacillaire). A consulté il y a un an un chirurgien qui a porté le diagnostic de salpingo-ovarite. Souffre depuis.

A l'examen, au palper et au toucher, masse pelvi-abdominale gauche de la grosseur d'une orange environ douloureuse, accolée au flanc gauche de l'utérus.

Pas de température. On porte le diagnostic de grossesse tubaire, sur les symptômes métrorragiques et sur la présence d'une goutte de liquide jaune clair au bout des seins ressemblant à du colostrum.

Intervention le 24 octobre. Laparatomie sous-ombilicale. On tombe sur une masse pelvienne à gauche de l'utérus, de la grosseur d'une orange, coiffée par le grand épiploon qui lui adhère solidement (adhérences fibreuses). La masse est constituée par la trompe et l'ovaire gauches coulés dans un bloc inflammatoire auquel l'S iliaque adhère intimement en arrière (présence à son intérieur de pus de la valeur d'un verre environ), ablation de la masse.

La dissection de la pièce donne une trompe sinueuse à parois épaissies, coulées dans une gangue fibreuse, près de la cavité tubaire. Dans l'épaisseur même de la trompe, on trouve trois ou quatre productions abcédées de la grosseur d'un grain de chenevis donnant macroscopiquement l'impression de tubercules creux en voie de ramollissement.

L'ovaire correspondant est petit, scléro-atrophique, pas de lésions abcédées, ni de tubercules ; il est porteur d'un petit corps jaune en voie de regression.

Suites opératoires excellentes. Guérison per primam.

SALPINGITE DOUBLE

M^{me} T... Louise, 38 ans, mère de 3 enfants ; a eu, il y a 7 ans, à la suite de sa dernière couche, une péritonite ; pendant deux ans disparition complète des règles. Puis, pendant 5 ans, a présenté d'abord des ménorragies, puis des métrorragies continues. Entre dans le service pour des pertes abondantes.

Au toucher et au palper, l'utérus semble augmenté de volume transversalement au niveau de son fond comme si chaque corne contenait un fibrome. Peu de signes du côté des annexes.

Intervention le 8 septembre. On se trouve en présence de 2 salpinx dont le gauche est constitué par une poche purulente, de la grosseur d'une orange environ ; le droit est surtout caractérisé par un épaississement des parois de la trompe, avec adhérences et agglutination de l'ovaire.

Le salpinx gauche comble en partie le cul de sac de Douglas qui a presque complètement disparu par coalescence. D'autre part, il présente des adhérences multiples avec le colon sigmoïde.

Le salpinx droit est plus élevé et fixé par des adhérences au niveau du détroit supérieur.

L'intervention a consisté en une libération des adhérences et une castration totale.

Suites opératoires excellentes. La malade va très bien et est complètement guérie.

— PYOSALPINX DOUBLE

M^{me} F... Antoinette entre le 24 septembre 1919.

Mariée, 3 enfants, le dernier a 2 ans. Toujours bien réglée jusqu'aujourd'hui. Vient à l'hôpital de Bellevue dans le service du Dr Muller, parce que depuis 6 mois ont survenu des ménorragies. Jusqu'alors, les périodes menstruelles avaient une durée assez régulière de 4 à 5 jours ; depuis elles durent 10 à 12 jours, elles s'accompagnent de pertes de sang très abondantes avec coliques et violentes douleurs abdominales.

Dans l'intervalle des ménorragies, présence de pertes muco-glaireuses très abondantes, pas de pertes rouges. A l'entrée, la malade perd encore ; la dernière ménorragie a commencé douze jours avant, elle s'arrête deux jours après l'entrée à l'hôpital.

A l'examen : utérus un peu augmenté de volume, non

douloureux, les culs de sac sont tendus, douloureux, et donnent les signes d'annexité double avec poussée de pelvipéritonite.

On note la présence de 3 poussées fébriles à 39,5 apparaissant tous les dix jours et faisant différer l'intervention jusqu'en novembre 1919 où tous les phénomènes inflammatoires semblent avoir définitivement rétrocedé.

Intervention. — Hystérectomie subtotala avec ablation des annexes. Les deux trompes, grosses comme de petites mandarines étaient remplies de pus. On fait l'ablation complète des trompes et annexes à droite et on conserve l'ovaire gauche qui semble sain.

L'examen histologique du muscle utérin ne révèle aucune modification vraie des muscles.

Guérison 10 jours après, suites excellentes.

B... Lazault, 42 ans, couturière.

Scarlatine à 16 ans, typhoïde à 19 ans, rhumatismes articulaires à plusieurs reprises, pneumonie à 24 ans.

Réglée tardivement à 20 ans, mais normalement ; elle a eu 2 enfants à 22 et 25 ans, accouchements normaux. Les règles sont douloureuses depuis le dernier accouchement. Elles avaient été régulières ces trois dernières années, durant 3 à 5 jours environ.

Depuis 3 ans, elles sont plus fréquentes, irrégulières, plus abondantes, elles s'accompagnent de caillots. Pertes blanches entre les règles, assez abondantes, très fétides, irritantes.

Douleurs dans le ventre surtout à droite. Elle souffre continuellement mais avec des exacerbations violentes de temps à autre, irradiations vers les cuisses, l'anus et

l'ombilic. Ces douleurs sont calmées par le repos horizontal et le décubitus latéral gauche.

Envoyée avec le diagnostic de fibrome utérin.

Examen le 25 février. — Adiposité notable, ventre volumineux, exploration difficile. Dans la fosse iliaque droite on croit sentir une tumeur du volume d'une tête d'enfant, ne faisant guère saillie dans le cul de sac. On l'atteint cependant, elle est donc irrégulière et paraît faire corps avec l'utérus.

Intervention le 27. Laparotomie sous-ombilicale. Anses intestinales adhérentes à une masse profonde occupant le pelvis, à droite tumeur du volume d'un œuf de poule constituée par la coque ovarienne distendue par un pus épais.

La trompe distincte, non altérée, cotoie cette poche. Mêmes lésions du côté gauche. En résumé, ovarite suppurée double, ligature des pédicules, drainage, fermeture. Guérison.

G... Julia, 22 ans, lingère.

Père et mère morts à la suite d'accidents cérébraux, n'a jamais été malade elle-même, réglée à 15 ans 5 jours par mois. Pas de douleurs, pas de leucorrhée. Un enfant il y a 15 mois ; accouchement normal, pas de suites de couches pathologiques.

Depuis cet accouchement les règles sont devenues plus abondantes qu'autrefois, elles ont une tendance marquée à l'irrégularité ; il y a deux mois et demi, elle est prise tout à coup de douleurs vives dans les fosses iliaques avec irradiations dans les cuisses et le périné, fièvre. Elle est obligée de se coucher. En même temps apparaît un flux

sanguin qui persiste et continue sans arrêt pendant 15 jours. Elle subit alors un curettage. On a parlé de métrite hémorragique. Sous l'influence du repos et des topiques, les pertes rouges se suspendent. Elles reprennent très fortement au bout de trois semaines ; on pratique des cautérisations intra-utérines sans résultat. On diagnostique alors annexité double.

Intervention le 30 novembre. Laparotomie sous-ombilicale, double salpingo-ovarite adhérente aux parois du bassin, décollement et élevage facile. Double ovaro-salpingectomie, depuis aménorrhée. Bon état général, guérison.

★★

Qu'il s'agisse de salpingo-ovarites simples ou kystiques, on voit par ces observations l'importance du symptôme « perte rouge ». L'hydro-salpinx, et surtout l'hemosalpinx présente comme phénomène pathologique essentiel l'hémorragie. Camelot prétend même qu'il s'agit dans ce dernier cas à peu près uniquement de métrorragie. Il s'agit alors de véritables évacuations « de sang vieux » apparaissant à des périodes irrégulières et souvent même à l'occasion d'un simple examen. Le chirurgien vide de son sang l'oviducte.

Enfin, avant de clore l'étude des salpingo-ovarites, il ne nous reste plus qu'à parler de la périmétrie salpingite tant discutée en tant qu'entité morbide. La lésion qui frappe le chirurgien est la lésion paragénitale, la lésion annexielle passant complètement au dernier plan. Ménard insiste beaucoup sur le fait que les ménorragies ou métrorragies sont d'un heureux pronostic en débarrassant l'organisme des produits nocifs. Ce n'est là qu'une hypothèse et nous ne lui attribuons que cette valeur.

AFFECTIONS NON INFLAMMATOIRES

KYSTES DE L'OVAIRE

Le début de l'évolution des kystes de l'ovaire n'attire en général pas l'attention, ils passent à peu près complètement inaperçus. Ce n'est guère que lorsqu'ils atteignent le volume d'un œuf qu'ils peuvent provoquer quelques troubles vagues pouvant les faire découvrir. Plus tard apparaissent les douleurs pelviennes, abdominales, crurales dues aux compressions nerveuses, parfois même on note de la péritonite partielle, des troubles dyspeptiques réflexes, des troubles gastriques et enfin des troubles sérieux du côté de la menstruation. Cette opinion fut longtemps désapprouvée et l'on admettait qu'en général, les kystes de l'ovaire n'avaient aucune influence sur la menstruation. Terrier concluait d'après ses recherches personnelles « qu'il ne paraît pas y avoir de relations à établir entre la transformation kystique des ovaires et la persistance ou l'arrêt de l'écoulement menstruel », il termine en disant « qu'après la ménopause, le développement des néoformations ovariennes paraît déterminer des phénomènes congestifs du côté de l'utérus, d'où la réapparition d'un écoulement sanguin plus ou moins abondant et plus ou moins irrégulier.

Bouilly, d'accord avec Terrier, admettait l'absence complète de rapport entre la menstruation et le kyste de l'ovaire. Il affirme que les métrorragies en relation avec le kyste sont un accident exceptionnel et n'y attache aucune idée de cause à effet. Il termine en disant « chose curieuse, les métrorragies n'appartiennent pas à la période d'activité génitale de la femme, c'est un retour chez des personnes ménopausées depuis longtemps ».

Il est certain que nombreux sont les kystes qui se développent sans troubles menstruels. Les règles apparaissent avec régularité et seuls les phénomènes douloureux précités permettent de penser à une évolution kystique. Souvent même les malades viennent consulter un chirurgien parce que brusquement, dans leur vie génitale, les règles ont disparu et que leur ventre a grossi progressivement depuis. Le diagnostic sera très délicat au début avec une grossesse de quelques mois et les causes d'erreur sont nombreuses et faciles. Il sera moins délicat en dehors de toute période génitale, après la ménopause. Les quelques observations qui suivent montrent bien la valeur à peu près unique des pertes rouges dans l'évolution de certains kystes de l'ovaire, leur présence a constitué en grande partie les éléments du diagnostic.

**METRORRAGIES DUES A UN PETIT KYSTE DE
L'OVAIRE GAUCHE INCLUS DANS LE PETIT BASSIN
ET LE LIGAMENT LARGE.**

Ablation. — Cessation des métrorragies. — 2^e apparition.

**2^e intervention. — Pyosalpinx droit et ovaire
schoo-kystique.**

H... Gilberte, 21 ans, entrée le 31 janvier 1920.

Père et mère en bonne santé, 4 frères et 1 sœur vivants.

Bonne santé dans la jeunesse, une grippe avec pleurésie. Jusqu'en septembre 1919, la malade a été réglée très régulièrement, les premiers rapports eurent lieu le 20. Le 29 apparurent ses règles, en avance de 2 jours sur leur date normale. Depuis ce jour-là la malade n'a cessé de perdre abondamment sang et caillots en quantité beaucoup plus grande que ne le comportaient ses règles normales. Obligée de garder le lit, la malade souffre beaucoup depuis octobre, son ventre a augmenté de volume, elle a eu des vomissements. Vue par plusieurs chirurgiens, elle est mise au repos, à la diète, à la glace, on parla de collections salpingiennes.

Malgré ce traitement, les pertes augmentèrent en durée et en quantité, on note l'apparition de véritables crises douloureuses avec vomissements. La malade est transportée d'urgence à l'hôpital le 30 janvier 1920.

A l'entrée, la malade perd abondamment, souffre peu, elle a eu un vomissement.

A l'examen, on trouve une masse gauche peu sensible, peu limitée. Le toucher combiné révèle un utérus un peu

gros, de la grosseur d'une petite orange avec à gauche une masse toute proche bien limitée, peu douloureuse, sans empâtement mais sans résistance, qui ne semble pas indépendante de l'utérus d'ailleurs peu mobile.

Les pertes sont abondantes, la température est à 37,5. On pense à une grossesse extra-utérine et on intervient le 3 janvier. Laparotomie sous-ombilicale ; à gauche, dans le petit bassin, présence d'une masse kystique enclavée sur laquelle l'utérus était accolé en avant et à droite.

Libération et ablation de la masse kystique cravatée par la trompe gauche dont le pavillon adhère nettement au kyste et qu'on enlève avec le kyste.

Rien aux annexes droites qu'on laisse avec l'utérus. A l'examen de la pièce on voit qu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire uniloculaire, la trompe n'est pas dilatée, mais présente à son intérieur du sang liquide un peu noir, l'envoi histologique nie toute altération d'origine grossesse tubaire.

Suites excellentes. La malade sort guérie 3 semaines après. Réunion par pression.

11 juin 1920. — La malade revient consulter le docteur Muller parce que 2 ou 3 semaines après sa sortie de l'hôpital, dans le courant de mars, elle a repris des métrorragies avec les caractères approximatifs des premières. Elle perd en abondance du sang noir et des caillots pendant 8 jours environ, arrêt d'une semaine, puis nouvelles métrorragies.

En plus, elle ressent des douleurs abdominales pelviennes avec sensation de tiraillement et de piqûres, surtout du côté gauche. Dans les dernières semaines on note la réapparition de vomissements.

L'examen est assez difficile, on sent cependant une nouvelle masse pelvi-abdominale du côté opposé à la pression, de la grosseur d'une orange.

24 juin. — 2^e laparotomie, hystérectomie subtotal, ablation des annexes droites prolabées dans le pelvis avec adhérences légères, ovaire scléro-kystique, salpingite suppurée, aucune lésion à l'utérus.

La malade quitte le service un mois, suites excellentes, réunion per primam.

METRORRAGIES. GROS KYSTE DE L'OVAIRE ADHERENT.

P... Rosine, 30 ans.

La malade est venue à l'hôpital au début de novembre 1913 parce qu'elle avait des pertes rouges sans caillots ; elle avait eu ses dernières règles au début de septembre (soit une interruption de deux mois environ) et des douleurs abdominales. Sous l'influence du repos, les pertes cessèrent au bout d'une huitaine de jours et la malade quitta l'hôpital.

Elle revient au début de décembre parce que depuis sa sortie elle a continué à souffrir du ventre et que celui-ci a augmenté progressivement de volume. Elle n'a pas repris de pertes. Interrogée au point de vue de ses antécédents, elle est très peu explicative ; elle finit par déclarer que depuis un an ou deux elle souffrait du ventre et que son ventre grossissait de temps en temps.

A l'examen, ventre distendu jusqu'au-dessus de l'om-

bilic, douloureux à la palpation avec paroi en état de défense légère donnant l'impression d'une péritonite sous-ombilicale, enkystée à gros épanchement. Pas de température. Toucher vaginal, le col utérin est refoulé fortement en avant contre le pubis, en arrière on a, à travers le cul de sac postérieur, l'impression d'une masse résistante. Etat général médiocre. Faciès anémique. En somme, on a l'impression de complication péritoniale d'allure subaigüe consécutive à une fausse couche.

Intervention en décembre. Laparotomie sous-ombilicale. On tombe sur une grosse poche kystique de la grosseur d'une tête d'adulte environ remplissant la partie sous-ombilicale de l'abdomen, refoulant les organes et plongeant dans le petit bassin. Cette poche adhère intimement au grêle et au grand épiploon, au calou descendant. Il s'agit de vieilles adhérences solides larges ; ponction du kyste au gros trocart, écoulement de 3 à 4 litres de liquide couleur chocolat. Libération des anses par cli-vage, nettoyage des lésions de péritonite plastique fermeture, réunion par première intention.

A la dissection du kyste liquide hématique avec caillots, la trompe droite semble s'ouvrir dans le kyste ; l'examen histologique permet de constater une hyperplasie de tous les éléments de la paroi sans rien qui puisse permettre d'affirmer une grossesse tubaire.

C... Marie, 29 ans.

Mariée, 3 enfants ; après la mort de son dernier né la mère a commencé à être malade, elle s'était bien portée jusque-là.

Elle n'a pas eu de règles pendant la période d'allaitement.

ment de son 3^e enfant, celles-ci réapparurent 3 mois après la mort de l'enfant en novembre 1915, elles durèrent 8 jours au lieu de 7 et eurent le caractère de ménorragies. En 1917, la malade commence à s'inquiéter et rentre à l'hôpital, on la traite par des écouvillonnages intra-utérins à la teinture d'iode. Résultat nul. La malade quitte le service au bout de 4 mois, non améliorée ; elle perd autant et son ventre grossit progressivement. On l'opère en 1918 : laparotomie, ablation d'un kyste de l'ovaire, sans hystérectomie, la cicatrisation se fait très tardivement ; le résultat au point de vue des ménorragies fut nul, la malade continue à perdre abondamment au moment de ses époques et depuis 5 ou 6 mois les ménorragies sont devenues des métrorragies continues. La malade reste à peine 4 ou 5 jours sans perdre ; le liquide est du sang avec caillots. De plus, tous les mois, douleurs à droite au niveau de la région ovarienne avec irradiations dans la cuisse droite. Elle revient consulter en juillet 1920 pour ces pertes persistantes ; ces ménorragies et métrorragies durent depuis 5 ans environ malgré l'ablation d'un kyste de l'ovaire.

A l'examen, cicatrice de laparotomie, utérus en situation normale, un peu augmenté de volume, col fibromateux un peu déchu, pas d'ulcération suspecte ; on a l'impression d'un utérus fibromateux.

Intervention le 14 août 1920. — Laparotomie, adhérences intestinales nombreuses dans le petit bassin, utérus gros flanqué d'une masse de la grosseur d'une mandarine qui lui adhère intimement. Les annexes manquent à gauche. Hystérectomie totale. L'examen de la pièce montre un utérus à peu près normal, sans noyaux fibroma-

teux, pas d'ulcération de la muqueuse ; en somme, pas de lésions macroscopiques utérines ; la petite masse accolée à l'angle droit de l'utérus est constituée par l'ovaire droit renfermant un petit kyste de la grosseur d'une noix.

Cicatrisation par première intention, bonnes suites opératoires.

D... Mathilde, 21 ans, sans profession.

Pas de maladies antérieures, pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux. Réglée à 13 ans ; depuis les règles reviennent régulièrement tous les mois sans douleur et durent 4 jours. Il y a un an, suspension complète des règles pendant cinq mois ; pas d'augmentation de volume du ventre, pas de modification du côté des reins. Retour des règles à l'état normal sans hémorragie. Depuis six mois, les règles reviennent toutes les trois semaines, elles durent six jours et sont douloureuses. Ces trois derniers mois, elles ont encore augmenté de fréquence, d'abord tous les quinze jours, puis tous les huit jours. Le ventre grossit depuis six mois, il a atteint en huit jours le volume qu'il a actuellement ; depuis quelques jours apparition de violentes douleurs, anorexie, amaigrissement, quelques vomissements.

A l'examen, tumeur abdominale, rénitente, sensation de flot, matité, utérus petit, abaissé, refoulé en arrière. Rénitence des culs de sac.

Intervention : laparotomie, kyste faiblement adhérent, ponction, liquide chocolat, dix à douze litres environ. pédicule de la largeur de quatre doigts environ, membraneux, correspondant aux annexes gauches ; du côté opposé, ovaire kystique du volume d'un œuf de poule environ. Ovariectomie double. Guérison.

F... Blanche, 44 ans, couturière.

Entre pour pertes rouges, douleurs abdominales, gros ventre. Pas de maladies antérieures, pas d'antécédents morbides héréditaires ou collatéraux. Réglée à 13 ans, régulièrement tous les mois pendant 4 jours sans douleurs. N'a jamais eu d'interruption de règles ; vierge. Le début de l'affection actuelle remonte à un an et demi par des métrorragies, les règles durent dix jours, sont beaucoup plus abondantes qu'auparavant, sans caillots et sans douleurs. Depuis un an environ, de temps en temps et principalement au moment des règles, pesanteur dans le bas-ventre, gonflement de l'abdomen.

Le ventre grossit progressivement depuis 6 mois, les douleurs deviennent plus intenses surtout depuis six semaines, elles sont continues provoquant parfois l'insomnie, leur maximum est dans la fosse iliaque gauche et l'hypogastre. A la longue, les règles ont encore augmenté, elles durent actuellement quinze jours. Rien du côté des voies urinaires et du rectum. Anorexie, mauvais état général, nausées et même vomissements.

A l'examen, tumeur abdominale étendue transversalement et remontant un peu au-dessus de l'ombilic, la partie médiane paraît solide, sensation de flot peu nette. Au toucher, col normal, les culs de sac ne bouchent pas.

Intervention : Incision sous-ombilicale, ascite à liquide épais et visqueux, tumeur polykystique de l'ovaire droit dont l'un des lobes est enclavé dans le petit bassin, pédicule de largeur de deux doigts, section et ligature, annexe du côté opposé saine. Fermeture, guérison.

A la lecture de ces observations, on constate d'abord que le symptôme « aménorrhée » sur lequel on portait autrefois le diagnostic a cédé le pas devant le symptôme « métrorragie. Cependant, il ne faut pas nier la valeur du premier symptôme que l'on est appelé à rencontrer de temps en temps. Bouilly n'admettait la valeur de la métrorragie que chez les femmes âgées ; or, les quatre observations précitées ont uniquement trait à des femmes jeunes et en période de vie génitale active. En présence d'une tumeur abdominale évoluant progressivement avec gonflement de l'abdomen, troubles dyspeptiques, troubles de compression pelvienne, il faudra toujours penser à une tumeur utérine (fibrome en particulier) et tâcher d'en faire le diagnostic différentiel clinique. On se rappellera que dans le kyste de l'ovaire le sang perdu n'a pas d'odeur particulière, la fétidité est rare et, en général, on n'a pas ou peu de caillots. D'autre part, même dans le cas de pertes rouges abondantes, on ne pourra en aucun cas les rapprocher des métrorragies du fibrome si intenses puisqu'elles sont capables de mettre en danger les jours de la malade ou tout au moins d'altérer profondément et pour longtemps son état général.

Contrairement à l'opinion de certains chirurgiens, Schwartz en particulier, le professeur Voitury ne considère par l'hémorragie comme un symptôme d'aggravation dans l'évolution du kyste pas plus qu'il ne l'admet comme symptôme de torsion du pédicule. Cependant, on peut rencontrer cette torsion au moment des règles et nous dirons avec Barou « Il est des cas où la torsion se fait par les règles et il est des cas où elle s'accompagne des métrorragies. »

Enfin, en cas de tumeur à allure kystique, il faudra faire le diagnostic différentiel avec la salpingo-ovarite unilatérale, la déviation utérine et la grossesse extra-utérine.

La littérature médicale est nulle sur la question des hémorragies dans les kystes desmoïdes de l'ovaire. Achard écrivait « les kystes desmoïdes reproduisent toute la série des accidents auxquels peuvent donner lieu les kystes ordinaires de cet organe et il n'existe pas de signe caractéristique qui permette de reconnaître avec certitude ce genre de tumeur ». Bouilly, dans son travail sur les métrorragies dues aux kystes de l'ovaire, n'en fait même pas mention. Delespine cependant, dans sa thèse sur « les métrorragies et affections annexielles », a pu colléger cinq observations qui permettent de se rendre compte de la fréquence des écoulements sanguins dans les kystes desmoïdes. Il ne relate que le symptôme « ménorragies ». Les règles sont avancées, abondantes et se prolongent au-delà de la durée normale. Il s'agissait de malades près de la ménopause mais encore en pleine activité génitale. Les douleurs apparaissaient à peu près uniquement au moment des règles et les précédaient même de quelques jours. Le diagnostic différentiel entre le kyste simple de l'ovaire et le kyste desmoïde sera très difficile et souvent même impossible. Il sera la plupart du temps une trouvaille opératoire, l'intervention sera d'ailleurs la même que pour tout kyste banal.

Pour en finir avec les tumeurs kystiques d'origine ovarienne, nous devons dire un mot des kystes parovariens. Ils ont été particulièrement étudiés par le professeur Pozzi qui les divisait en deux grands groupes principaux, les

kystes hyalins, les plus fréquents, musculaires, à contenu riche en chlorures et les kystes papillaires à parois épaisses, à contenu albumineux et souvent colorés par extrovasion sanguine. Lawson Tait considère les seconds comme un stade évolutif des premiers et ne leur rattache aucun caractère de malignité ; souvent ces kystes n'ont aucun retentissement sur la fonction menstruelle. Raimond, en 1897, note l'apparition des troubles catameniaux, comme premier symptôme des kystes, devant même le ballonnement du ventre et les douleurs abdominales.

TUMEURS VEGETANTES DE L'OVAIRE

Certains auteurs n'admettent pas la différenciation des tumeurs végétantes de l'ovaire et des ovarites kystiques banales. Cependant ces néoplasmes offrent assez de particularités pour être individualisées dans une classe spéciale.

Au point de vue anatomie-pathologique il semble que le processus de ces formations ait de gros rapports avec les kystes, mais au point de vue clinique leur aspect particulier mérite de retenir l'attention. Wacquez, dans son travail sur les tumeurs végétantes, insiste beaucoup sur le symptôme ascite ; d'après lui, il est primordial, mais il ne parle pas des pertes sanguines. Seul, Degordeis écrivait « sur toutes les observations de tumeurs de l'ovaire que j'ai observées, une fois seulement la malade a présenté une abondance de règles et une durée plus grande de celles-ci. »

Nous empruntons à la thèse de Delespine une observation où la présence des pertes rouges fut un symptôme de toute évidence.

T... Rose, 55 ans, ménagère.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou personnels.

Réglée à 15 ans, les dernières à 52 ans. Neuf enfants en vie. Depuis six mois, douleurs violentes avec irradiations aux cuisses et aux reins, mictions fréquentes et douloureuses (10 par nuit), le ventre a pris un développement considérable, présence de leucorrhée.

L'appétit est diminué, vomissements fréquents surtout le matin au réveil, amaigrissement, œdème des membres supérieurs, surtout depuis cinq mois. Insuffisance mitrale bien compensée ; apparition des pertes rouges, intermittentes, d'intensité variable depuis six mois, le sang est quelquefois chargé de caillots.

A l'examen : Tumeur résistante occupant le flanc droit, matité à son niveau ; au toucher, on perçoit la tumeur au palper ; utérus normal immobilisé par la formation néoplasique.

Intervention : Tumeur végétante de l'ovaire droit adhérent fortement de tous côtés aux organes voisins et au bassin. L'extirpation est jugée impraticable. Annexes gauches saines. Rien à l'utérus. Mort par cachexie.

Pour les autres observations, nous renvoyons à la thèse de Delespine. Il faut noter que les hémorragies ne rappelaient en rien les hémorragies cataméniales, elles étaient capricieuses et apparaissaient à des périodes indéterminées. Le diagnostic avec les suppurations pelviennes sera toujours d'une extrême difficulté.

TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

Ici comme dans le chapitre précité, l'ascite est encore le symptôme prédominant. Son apparition précoce, la rapidité d'évolution, les altérations d'ordre général font penser de suite à une tumeur maligne.

Qu'il s'agisse de fibrome, de fibro-sarcome, de sarcome ou de cancer de l'ovaire, nous retrouvons encore ici, assez rarement peut-être le symptôme hémorragie. Tetrackmakoff, dans les nombreuses observations publiées sur les fibromes de l'ovaire, trouve 6 fois la menstruation normale, 8 fois des hémorragies consistant soit en ménorragies, soit en métrorragies et 8 fois de l'aménorrhée.

Nombreux auteurs ont nié les hémorragies dans le sarcome de l'ovaire, il semble au contraire, d'après Gascneau, qu'elles peuvent être considérées comme une manifestation fréquente.

Dans le cancer, on les rencontre assez rarement et la littérature médicale est peu riche en observations à ce sujet. Nous citons deux observations, une de fibrome et une de sarcome en fin de ce chapitre.

FIBROME DE L'OVAIRE

Hortense B..., 35 ans, célibataire.

Pas de passé génital, apparition des premières règles à 16 ans avec une durée approximative de 4 à 5 jours, pas de leucorrhée.

Depuis 3 ans apparition de douleurs dans le flanc gauche, douleurs intermittentes, ramenées fréquemment par la fatigue. Depuis cette époque, les règles ont augmenté, la perte sanguine est chaque fois plus considérable, le sang est pur, non mélangé de caillots.

A l'examen, dans le cul de sac postérieur, on trouve une tumeur dépassant le volume du poing, bosselée, sensible, d'une dureté pierreuse, on ne peut la déplacer verticalement, elle semble enclavée.

Intervention. — Fibrome dur de l'ovaire gauche, enclavé dans le petit bassin, oophorectomie. Guérison.

SARCOME DE L'OVAIRE

O... Eugénie, ménagère, 27 ans.

Bien portante et bien réglée. Première menstruation à 14 ans. A eu 3 enfants, le dernier il y a 3 ans. Depuis 2 ans, sensation de pesanteur avec quelques douleurs de la fosse iliaque gauche. Le ventre augmente de volume surtout depuis deux mois. Elle a maigri beaucoup, l'appétit est nul. Pas de leucorrhée.

Il y a un an, s'est mise à perdre en rouge quelques jours après la fin d'une période cataméniale. Cette hémorragie très abondante a persisté depuis d'une façon à peu près continue. Il y a six mois a été prise tout à coup de difficulté d'uriner ; rétention complète pendant quatre ou cinq jours, pas de troubles de la défécation.

A l'examen, au palper, tumeur solide, remontant à l'ombilic au-dessus du bassin, utérus immobile. Dans le

cul de sac antérieur masse mobile avec la tumeur abdominale et avec l'utérus ; elle se prolonge un peu dans le cul de sac droit. Le cul de sac postérieur est libre.

Intervention. — Laparotomie sous-ombilicale, adhérence de la tumeur à la paroi, saignement abondant en nappe, ligature du pédicule, résection des annexes gauches (ovarite scléro-kystique).

Sarcome végétant de l'ovaire droit. Guérison. Revue quatre ans après.

En résumé, le sarcome de l'ovaire serait dans toutes les tumeurs solides celle qui donne de beaucoup le plus souvent lieu aux hémorragies. Il est d'ailleurs d'un intérêt peu relatif de différencier les tumeurs ovariennes solides des affections qui leur ressemblent, à évolution également rapide. L'aménorrhée fera penser au cancer et l'hémorragie au sarcome.

GROSSESSE EXTRA-UTERINE

Ici tous les auteurs sont d'accord pour admettre l'hémorragie comme symptôme primordial, pour ne pas dire constant, toutefois c'est surtout comme phénomène précurseur de l'inondation pelvienne qu'il est intéressant de l'envisager. Poncet, dans sa thèse d'agrégation de 1878, ne signale l'hémorragie que dans la période podromique de la maladie. D'autres auteurs ont insisté sur la coïncidence probable d'une hémorragie externe et d'une hémorragie interne, Choyau signale même dans l'écoulement externe la présence d'un caduque.

Il arrive souvent que le symptôme hémorragie antécédente s'efface du fait du début dramatique de l'affection. La malade, si elle n'est pas en syncope, ne parle pas de ses troubles antérieurs et insiste surtout sur l'état présent. Il faudra toujours, dans un cas supposé d'hématocèle, faire parler la malade de ses règles antérieures et des troubles de sa menstruation. Très souvent les détails recueillis éclaireront beaucoup le diagnostic. On évitera aussi de sévères erreurs et on pourra de suite mettre en œuvre le traitement approprié qui sauvera la malade.

L... Amélie, 21 ans, couturière.

Réglée à 15 ans régulièrement, n'a jamais été malade.

Il y a quinze jours, la malade a ressenti pour la première fois un peu de douleur dans le bas-ventre, de la pesanteur. Elle se purge et les phénomènes se dissipent. Le 25 juillet elle a ses règles normales, non douloureuses, mais au lieu de s'arrêter au quatrième jour, comme à l'habitude, le sang continue de couler ; présence de douleurs violentes le 30 juillet avec vomissements, douleurs à la miction et à la défécation.

A son arrivée à l'hôpital; malade pâle. T.: 38,8 ; douleurs abdominales très vives, surtout à droite.

1^{er} août. — Dans le cul de sac latéral droit, on trouve une masse que l'on peut bien circonscrire et palper à cause de la contracture des muscles abdominaux.

2 août. — 38 le matin, 38,6 le soir. Ventre globuleux, vessie distendue.

3 août. — 38,2 le matin, 38,8 le soir. Vessie distendue, catheterisme.

4 août. — Sort malgré l'avis de son chirurgien.

Rentre le 10 août. — Depuis sa sortie a toujours eu des pertes rouges et des douleurs, elle est très faible et abattue.

A l'examen, le ventre présente une saillie médiane allant du pubis à l'ombilic, simulant une rétention d'urine.

Au toucher, cul de sac postérieur refoulé par une masse nettement fluctuante, la pression est transmise à la main qui palpe. Cette masse tombe dans le rectum où il est facile de la sentir. L'utérus est refoulé contre la vessie.

Intervention. — Incision du cul de sac postérieur, écoulement d'un litre de sang noirâtre, louche, projeté avec force, la paroi abdominale s'affaisse ; dans la soirée, la malade est améliorée, ne souffre plus du ventre, encore un peu d'écoulement sanguin dans le vagin.

Suites normales, chute de la température, arrêt de l'écoulement. Sort guérie le 17.

Il arrive souvent qu'on n'a pas affaire à la forme cataclysmique de Barnes et que l'hématocèle s'établit discrètement, presque à l'insu de la malade. Le début, dans ce cas, ne serait marqué que par un retard de règles et des pertes sanguines. Enfin, il est un fait qu'il faudra rechercher avec soin et qui par sa présence acquiert une grande importance, c'est l'apparition d'une métrorragie d'abord d'intensité variable, puis se continuant pendant quelques jours et même pendant quelques semaines sous forme de pertes hémâtiques brunâtres comparables à de la suie ou du chocolat.

Il faudra faire le diagnostic d'abord avec l'avortement, la présence de la caduque contribuera à troubler le diagnostic. On pensera aussi à une torsion de pédicule, dans le kyste de l'ovaire, l'écoulement dans ce cas sera plutôt

rare, peu abondant et n'atteindra jamais l'importance qu'il revêt au cours d'une hématoecèle en évolution.

En fin d'analyse, l'hémorragie est fréquente dans les prodromes de la grossesse extra-utérine, elle en accompagne presque toujours le début, elle peut demeurer longtemps le seul signe fonctionnel ; enfin, elle se prolonge longtemps après la constitution de l'hématome pelvien.

Nous n'avons parlé de la grossesse extra-utérine que pour mémoire, il faut toujours y songer. Le diagnostic une fois posé, il appartient au chirurgien de régler sa ligne de conduite. On se souviendra que le diagnostic d'intervention varie avec les malades et nous ne saurions mieux clore cette étude qu'en répétant la célèbre parole de Dieulafoy : « Il n'y a pas de maladies, il y a des malades ».

CONCLUSIONS

- 1° Il existe des pertes rouges dues à des lésions pathologiques d'ordre purement annexiel ;
- 2° Ces pertes se produisent en l'absence complète de lésions utérines ;
- 3° Elles affectent, suivant les cas, le caractère ménorragique ou métrorragique ;
- 4° On les rencontre dans :
 - a) les affections inflammatoires, salpingites et salpingo-ovarites,
 - b) les affections néoplasiques, tumeurs de l'ovaire et de la trompe,
 - c) les tumeurs bénignes (kystes, fibromes dans l'ovaire),
 - d) la grossesse extra-utérine ;
- 5° Le traitement est symptomatique de la lésion causale, l'ablation de l'annexe malade entraîne la disparition des pertes rouges.

Vu :

LE DOYEN,

Jean LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

TIXIER.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 22 juin 1921.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

BINAUD. — De l'hématocèle pelvienne intra-péritoniale. Bordeaux, 1892.

BOUILLY. — Des métrorragies d'origine ovarienne. *La Gynécologie*, 15 avril et 15 juin 1899.

— L'ovarite scléro-kystique. *La Gynécologie*, juin 1900.

CAMELOT. — Métrorragies et kystes de l'ovaire. *Journal des Sciences médicales de Lille*, n° 10, 1904.

FAURE. — Comment on reconnaît et comment on soigne les salpingites aiguës. *Presse médicale* 1905, n° 20.

GOUILLIoud. — Suites éloignées des ablations d'annexes. *Lyon Médical*, 1897.

LABADIE, LAGROVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, 2^e édition, 1901.

LE DENTU. — Traité des affections inflammatoires, des annexes de l'utérus. *Gazette des Hôpitaux*, 1892, n° 8.

MAUCLAIRE. — Symptômes et diagnostic des salpingo-ovarites. *Bulletin Médical*, 1905, n° 1.

PONCET. — De l'hématocèle péri-utérine. Thèse d'agrégation. Paris, 1878.

POZZI. — Traité de gynécologie clinique et opératoire

FAURE et SOUDY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.

TABLE DES MATIÈRES

PREFACE.....	9
INTRODUCTION.....	11

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES :

1° Salpingo-ovarites.	13
2° Salpingite unilatérale.	16
3° Salpingite double.	18
4° Pyosalpinx double	19

AFFECTIONS NON INFLAMMATOIRES :

1° Kystes de l'ovaire.....	23
2° Métrorragies dues à un petit kyste de l'ovaire gauche.	25
3° Métrorragies. — Gros kyste de l'ovaire adhérent.	27
4° Tumeurs végétantes de l'ovaire.....	34
5° Tumeurs solides de l'ovaire.....	36
6° Fibrome de l'ovaire.....	36
7° Sarcome de l'ovaire.....	37
GROSSESSE EXTRA-UTERINE... ..	38
CONCLUSIONS.....	43
BIBLIOGRAPHIE	45
